

**DMH 使命：**

精神健康部 (DMH) 向有嚴重和持續性精神疾病的個人提供服務和支援，使他們能夠在社區中獨立生活。

**如何申請 DMH 服務：**

年滿 18 歲或以上透過 DMH 申請精神健康服務的個人必須提交以下填妥的表格，並須在指定的欄目中簽名和填寫日期：

- 成人服務申請表
- 資訊披露授權表 (請參閱第 8 頁)

雖然在申請服務時不要求提供附加資訊，DMH 鼓勵申請人提交現有醫療/精神病治療資訊。極力建議在申請的同時送交此類資訊，以便加快決定程序。此類附加資訊包括：

- 門診精神病治療記錄和測試，以及
- 住院和出院報告。

**服務提供者說明：**

協助您向 DMH 提交申請的服務提供者必須確認已經將提交申請這件事通知個人或監護人，且個人或監護人沒有異議。必須包括以下臨床資訊：

- 精神病治療評估，包括《精神障礙診斷與統計手冊》(DSM) 診斷；
- 任何現有評估 (例如，社會心理學、藥物、神經心理學測試等)；
- 任何現有住院和出院總結；
- 當前治療計劃；以及
- 資訊披露授權表 (請參閱第 10 頁)

DMH 可能會在必要時要求提供附加臨床資訊。

**提交申請表後的程序：**

在收到成人服務申請表後的七 (7) 天內，DMH 將打電話與申請人或監護人聯繫。打電話聯繫的目的是：

- 確認 DMH 收到成人服務申請表；
- 審查決定程序；
- 確認申請人或監護人希望繼續進行決定程序；
- 評估申請人的立即或新的需求，並作出相應的回應；以及
- 開始搜集支持申請人服務申請的相關醫療和其他資訊。

一位 DMH 臨床服務授權專科醫生可能會在必要時要求與申請人和/或監護人面談，以便進一步討論和評估申請人的需求。在大多數情況下，面談將在 DMH 辦事處進行。在另一些情況下，面談可在另一個雙方同意的地點進行。

DMH 地區主管或指定人員將在收到和審查資訊後按照 DMH 規章 (<http://www.mass.gov/eohhs/docs/dmh/regs/reg-104cmr29.pdf>) 作出有關服務申請的決定。

如果認為個人符合接受服務的臨床標準，地區主管或指定人員必須決定該人士是否需要接受 DMH 服務。由於可提供的 DMH 服務有限，DMH 必須決定哪些人應當優先接受服務以及如何接受這些服務。DMH 規章規定了確定哪些人有權接受 DMH 服務和如何分配這些服務的標準。

**在哪裡查找申請表和資訊披露授權表：**

可在所有的 DMH 地區和現場辦事處、急性精神病住院患者設施、麻薩諸塞州很多社區計劃提供用英語、西班牙語、海地語和葡萄牙語編寫的成人服務申請表和資訊披露授權表，亦可從 DMH 網站 [www.mass.gov/dmh](http://www.mass.gov/dmh) 下載這些表格。DMH 可在必要時提供其他語言的翻譯，並在需要時提供其他協助。

**申請要求：**

必須將簽名和填寫日期的成人服務申請表和資訊披露授權表送交、郵寄或傳真至負責申請人在提交申請時居住的社區的 DMH 地區或現場辦事處。

**成人服務申請表應發送到哪裡：**

請在下表中查找您所在的城鎮，將您的申請表送至下表中的相關 DMH 辦事處。如果您有任何問題，請撥打表中所列的電話號碼。

辦事處	郵寄地址	電話號碼	傳真號碼
Boston	85 East Newton Street, Boston, MA 02118	(617) 626-9200	(617) 626-9216
Brockton	165 Quincy Street, Brockton, MA 02302	(508) 897-2000	(508) 897-2047
Northampton	1 Prince Street, Northampton, MA 01060	(413) 587-6200	(413) 587-6240
Tewksbury	P.O. Box 387, Tewksbury, MA 01876-0387	(978) 863-5000	(978) 863-5091
Westborough	Hadley Building, 167 Lyman Street, Westborough, MA 01581	(508) 616-3500	(508) 616-3599
Worcester	361 Plantation St. Worcester, MA 01605	(774) 420-3140	(774) 420-3140

請勿將申請表寄送至位於波士頓市 Staniford Street 的 DMH 中心辦公室。這樣做會導致誤送申請表，可能會造成決定程序延遲。

如果您對申請程序有疑問或需要有關往哪裡寄送申請表的資訊，請撥打 DMH 資訊與轉介專線電話號碼 **1-800-221-0053** (星期一至星期五上午 9 時至下午 5 時)。

城鎮	DMH 辦事處	城鎮	DMH 辦事處	城鎮	DMH 辦事處	城鎮	DMH 辦事處
Abington	Brockton	Boston - Hyde Park	Boston	Danvers	Tewksbury	Hadley	Northampton
Acton	Westborough	Boston-Jamaica Plain	Boston	Dartmouth	Brockton	Halifax	Brockton
Acushnet	Brockton	Boston - Mattapan	Boston	Dedham	Westborough	Hamilton	Tewksbury
Adams	Northampton	Boston - North End	Boston	Deerfield	Northampton	Hampden	Northampton
Agawam	Northampton	Boston - Revere	Boston	Dennis	Brockton	Hancock	Northampton
Alford	Northampton	Boston - Roslindale	Boston	Dennisport	Brockton	Hanover	Brockton
Allston	Boston	Boston - Roxbury	Boston	Dighton	Brockton	Hanson	Brockton
Amesbury	Tewksbury	Boston - Somerville	Boston	Dorchester	Boston	Hardwick	Worcester
Amherst	Northampton	Boston - South End	Boston	Douglas	Worcester	Harvard	Worcester
Andover	Tewksbury	Boston - Southie	Boston	Dover	Westborough	Harwich	Brockton
Aquinnah	Brockton	Boston - W. Roxbury	Boston	Dracut	Tewksbury	Harwichport	Brockton
Arlington	Westborough	Boston - Winthrop	Boston	Dudley	Worcester	Hatfield	Northampton
Ashburnham	Worcester	Bourne	Brockton	Dunstable	Tewksbury	Haverhill	Tewksbury
Ashby	Worcester	Boxborough	Westborough	Duxbury	Brockton	Hawley	Northampton
Ashfield	Northampton	Boxford	Tewksbury	East Boston	Boston	Heath	Northampton
Ashland	Westborough	Boylston	Worcester	E. Bridgewater	Brockton	Hingham	Westborough
Assonet	Brockton	Bradford	Tewksbury	East Brookfield	Worcester	Hinsdale	Northampton
Athol	Northampton	Braintree	Westborough	E. Longmeadow	Northampton	Holbrook	Brockton
Attleboro	Brockton	Brewster	Brockton	East Sandwich	Brockton	Holden	Worcester
Auburn	Worcester	Bridgewater	Brockton	Eastham	Brockton	Holland	Worcester
Avon	Brockton	Brighton	Boston	Easthampton	Northampton	Holliston	Westborough
Ayer	Worcester	Brimfield	Worcester	Easton	Brockton	Holyoke	Northampton
Back Bay	Boston	Brockton	Brockton	Edgartown	Brockton	Hopedale	Worcester
Baldwinville	Worcester	Brookfield	Worcester	Egremont	Northampton	Hopkinton	Westborough
Barnstable	Brockton	Brookline	Boston	Erving	Northampton	Hubbardston	Worcester
Barre	Worcester	Buckland	Northampton	Essex	Tewksbury	Hudson	Westborough
Beacon Hill	Boston	Burlington	Westborough	Everett	Tewksbury	Hull	Westborough
Becket	Northampton	Buzzards Bay	Brockton	Fairhaven	Brockton	Huntington	Northampton
Bedford	Westborough	Byfield	Tewksbury	Fall River	Brockton	Hyannis	Brockton
Belchertown	Northampton	Cambridge	Boston	Falmouth	Brockton	Hyde Park	Boston
Bellingham	Worcester	Canton	Westborough	Fenway	Boston	Ipswich	Tewksbury
Belmont	Westborough	Carlisle	Westborough	Fiskdale	Worcester	Jamaica Plain	Boston
Berkeley	Brockton	Carver	Brockton	Fitchburg	Worcester	Jefferson	Worcester
Berlin	Worcester	Charlemont	Northampton	Florida	Northampton	Kingston	Brockton
Bernardston	Northampton	Charlestown	Boston	Foxborough	Westborough	Lakeville	Brockton
Beverly	Tewksbury	Charlton	Worcester	Framingham	Westborough	Lancaster	Worcester
Billerica	Tewksbury	Chatham	Brockton	Franklin	Worcester	Lanesborough	Northampton
Blackstone	Worcester	Chelmsford	Tewksbury	Freetown	Brockton	Lawrence	Tewksbury
Blandford	Northampton	Chelsea	Boston	Gardner	Worcester	Lee	Northampton
Bolton	Worcester	Cherry Valley	Worcester	Gay Head	Brockton	Leicester	Worcester
Bondsville	Northampton	Cheshire	Northampton	Georgetown	Tewksbury	Lenox	Northampton
Boston - Allston	Boston	Chester	Northampton	Gilbertville	Worcester	Leominster	Worcester
Boston - Back Bay	Boston	Chesterfield	Northampton	Gill	Northampton	Leverett	Northampton
Boston - Beacon Hill	Boston	Chicopee	Northampton	Gloucester	Tewksbury	Lexington	Westborough
Boston - Brighton	Boston	Chilmark	Brockton	Goshen	Northampton	Leyden	Northampton
Boston - Brookline	Boston	Clarksburg	Northampton	Gosnold	Brockton	Lincoln	Westborough
Boston - Cambridge	Boston	Clinton	Worcester	Grafton	Worcester	Linwood	Worcester
Boston-Charlestown	Boston	Cohasset	Westborough	Granby	Northampton	Littleton	Westborough
Boston - Chelsea	Boston	Colrain	Northampton	Granville	Northampton	Longmeadow	Northampton
Boston - Chinatown	Boston	Concord	Westborough	Great Barrington	Northampton	Lowell	Tewksbury
Boston - Dorchester	Boston	Conway	Northampton	Green Harbor	Brockton	Ludlow	Northampton
Boston - Downtown	Boston	Cotuit	Brockton	Greenfield	Northampton	Lunenburg	Worcester
Boston - East	Boston	Cumington	Northampton	Groton	Worcester	Lynn	Tewksbury
Boston - Fenway	Boston	Dalton	Northampton	Groveland	Tewksbury	Lynnfield	Tewksbury

城鎮	DMH 辦事處	城鎮	DMH 辦事處	城鎮	DMH 辦事處	城鎮	DMH 辦事處
Malden	Tewksbury	North Truro	Brockton	Sandisfield	Northampton	Wales	Worcester
Manchester	Tewksbury	Northampton	Northampton	Sandwich	Brockton	Walpole	Westborough
Manomet	Brockton	Northborough	Westborough	Saugus	Tewksbury	Waltham	Westborough
Mansfield	Brockton	Northbridge	Worcester	Savoy	Northampton	Ware	Northampton
Marblehead	Tewksbury	Northfield	Northampton	Scituate	Westborough	Wareham	Brockton
Marion	Brockton	Norton	Brockton	Seekonk	Brockton	Warren	Worcester
Marlborough	Westborough	Norwell	Westborough	Sharon	Westborough	Warwick	Northampton
Marshfield	Brockton	Norwood	Westborough	Sheffield	Northampton	Washington	Northampton
Marston Mills	Brockton	Oak Bluffs	Brockton	Shelburne	Northampton	Watertown	Westborough
Martha's Vineyard	Brockton	Oakham	Worcester	Sherborn	Westborough	Wayland	Westborough
Mashpee	Brockton	Onset	Brockton	Shirley	Worcester	Webster	Worcester
Mattapan	Boston	Orange	Northampton	Shrewsbury	Worcester	Wellesley	Westborough
Mattapoisett	Brockton	Orleans	Brockton	Shutesbury	Northampton	Wellfleet	Brockton
Maynard	Westborough	Osterville	Brockton	Somerset	Brockton	Wendell	Northampton
Medfield	Westborough	Otis	Northampton	Somerville	Boston	Wenham	Tewksbury
Medford	Tewksbury	Oxford	Worcester	South Boston	Boston	West Barnstable	Brockton
Medway	Worcester	Palmer	Northampton	South Hadley	Northampton	West Boylston	Worcester
Melrose	Tewksbury	Paxton	Worcester	South Wellfleet	Brockton	West Bridgewater	Brockton
Mendon	Worcester	Peabody	Tewksbury	South Yarmouth	Brockton	West Brookfield	Worcester
Merrimac	Tewksbury	Pelham	Northampton	Southampton	Northampton	West Newbury	Tewksbury
Methuen	Tewksbury	Pembroke	Brockton	Southborough	Westborough	West Roxbury	Boston
Middleborough	Brockton	Pepperell	Worcester	Southbridge	Worcester	West Springfield	Northampton
Middlefield	Northampton	Peru	Northampton	Southwick	Northampton	West Stockbridge	Northampton
Middleton	Tewksbury	Petersham	Northampton	Spencer	Worcester	West Tisbury	Brockton
Milford	Worcester	Phillipston	Northampton	Springfield	Northampton	West Yarmouth	Brockton
Millbury	Worcester	Pittsfield	Northampton	Sterling	Worcester	Westborough	Westborough
Millers Falls	Northampton	Plainfield	Northampton	Stockbridge	Northampton	Westfield	Northampton
Millis	Westborough	Plainville	Westborough	Stoneham	Tewksbury	Westford	Tewksbury
Millville	Worcester	Plymouth	Brockton	Stoughton	Brockton	Westhampton	Northampton
Milton	Westborough	Plympton	Brockton	Stow	Westborough	Westminster	Worcester
Monroe	Northampton	Pocasset	Brockton	Sturbridge	Worcester	Weston	Westborough
Monson	Northampton	Princeton	Worcester	Sudbury	Westborough	Westport	Brockton
Montague	Northampton	Provincetown	Brockton	Sunderland	Northampton	Westwood	Westborough
Monterey	Northampton	Quincy	Westborough	Sutton	Worcester	Weymouth	Westborough
Montgomery	Northampton	Randolph	Westborough	Swampscott	Tewksbury	Whately	Northampton
Mt Washington	Northampton	Raynham	Brockton	Swansea	Brockton	White Horse Bch	Brockton
Nahant	Tewksbury	Reading	Tewksbury	Taunton	Brockton	Whitinsville	Worcester
Nantucket	Brockton	Rehoboth	Brockton	Teaticket	Brockton	Whitman	Brockton
Natick	Westborough	Revere	Boston	Templeton	Worcester	Wilbraham	Northampton
Needham	Westborough	Richmond	Northampton	Tewksbury	Tewksbury	Williamsburg	Northampton
New Ashford	Northampton	Rochdale	Worcester	Thorndike	Northampton	Williamstown	Northampton
New Bedford	Brockton	Rochester	Brockton	Three Rivers	Northampton	Wilmington	Westborough
New Braintree	Worcester	Rockland	Brockton	Tisbury	Brockton	Winchendon	Worcester
New Marlborough	Northampton	Rockport	Tewksbury	Tolland	Northampton	Winchester	Westborough
New Salem	Northampton	Roslindale	Boston	Topsfield	Tewksbury	Windsor	Northampton
Newbury	Tewksbury	Rowe	Northampton	Townsend	Worcester	Winthrop	Boston
Newburyport	Tewksbury	Rowley	Tewksbury	Truro	Brockton	Woburn	Westborough
Newton	Westborough	Roxbury	Boston	Turners Falls	Northampton	Wollaston	Westborough
Norfolk	Westborough	Royalston	Northampton	Tyngsborough	Tewksbury	Woods Hole	Brockton
North Adams	Northampton	Russell	Northampton	Tyringham	Northampton	Worcester	Worcester
North Andover	Tewksbury	Rutland	Worcester	Upton	Worcester	Worthington	Northampton
North Attleboro	Brockton	Sagamore	Brockton	Uxbridge	Worcester	Wrentham	Westborough
North Brookfield	Worcester	Salem	Tewksbury	Vineyard Haven	Brockton	Yarmouth	Brockton
North Reading	Tewksbury	Salisbury	Tewksbury	Wakefield	Tewksbury	Yarmouthport	Brockton

**人種和種族類別：**

要求提供人種和種族資訊，以便 DMH 更好地提供符合文化和語言需求、以個人為中心的服務。此類資訊還將幫助精神健康部遵守規章和標準，並幫助對滿足服務不足需求進行規劃。

提供有關人種和種族的資訊是選擇性的。您決定提供或不提供此類資訊不會在任何方面影響您的 DMH 服務申請。

可使用以下選項填寫成人服務申請表中的「人種」和「種族」類別。在填寫申請表時，請有一種以上人種或種族的人士如實填寫。

**人種**

以下類別劃分由聯邦政府提供：

人種選項
黑人或非裔美國人
亞裔
黑人/西裔
美洲印第安人/阿拉斯加原住民
選擇不披露自己的人種
其他
夏威夷土著或其他太平洋群島人
兩種或更多人種
未知
白人/西裔
白人/非西裔

**種族**

種族的定義是由共同的原國籍、歷史、祖先、語言或習俗和文化經歷聯繫在一起的一群人。下表顯示一些種族或種族群體的例子，但並非完整的列表。

種族舉例		
阿爾巴尼亞人	希臘人	巴基斯坦人
美國人	危地馬拉人	秘魯人
亞美尼亞人	海地人	巴拿馬人
不丹人	西裔，其他	波蘭人
波斯尼亞人	赫蒙族人	葡萄牙人
巴西人	洪都拉斯人	波多黎各人
緬甸人	印度人	俄國人
柬埔寨人	伊朗人	薩熱瓦多人
加拿大人	伊拉克人	索馬里人
佛得角人	愛爾蘭人	泰國人
中國人	以色列人	藏族人
哥倫比亞人	義大利人	烏克蘭人
剛果人	日本人	未知
哥斯達黎加人	韓國人	委內瑞拉人
多米尼加人	老撾人	越南人
埃及人	黎巴嫩人	西印度群島人/加勒比海人
厄立特里亞人	墨西哥人	
埃塞俄比亞人	摩洛哥人	兩種或以上種族
菲律賓人	尼日利亞人	其他
法國人	尼加拉瓜人	選擇不披露自己的種族

## 成人服務申請表

2009 年 10 月生效 (2015 年 4 月修訂)

姓名 \_\_\_\_\_ SSN \_\_\_\_\_  
 (姓) (名) (中間名) (社會安全號碼)

地址 \_\_\_\_\_  
 (街道和號碼) (公寓號碼) (城市) (州) (郵遞區號)

我們如何與您聯繫？(請勾選所有適用的項目，並提供電話號碼/電子郵件地址)

- 日間/工作電話 ( ) \_\_\_\_\_ 我們可以留言嗎？ 是  否
- 晚間電話 ( ) \_\_\_\_\_ 我們可以留言嗎？ 是  否
- 手機 ( ) \_\_\_\_\_ 我們可以留言嗎？ 是  否
- 電子郵件 \_\_\_\_\_ 我們可以留言嗎？ 是  否

出生日期 \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ 年齡 \_\_\_\_ 性別 \_\_\_\_ 人種 \_\_\_\_ 種族 \_\_\_\_ 婚姻狀況 \_\_\_\_  
 月 日 年 (選填) (選填)

首選語言 \_\_\_\_\_ 您會講英語嗎？ 是  否

您是聾人或聽力障礙者嗎？ 是  否  您需要口譯員服務嗎？ 是  否

您是否曾在軍隊服役？ 是  否  未知

緊急情況聯繫人姓名 \_\_\_\_\_ 電話號碼 \_\_\_\_\_  
 請包括資訊披露表 (姓) (名)

**監護人資訊：**

您是否有法院任命的法定監護人？ 是  否  如果回答「是」，哪一種類型？ \_\_\_\_\_

如果回答「是」，請隨本申請表提交監護人判決令。法定監護人必須在申請表中簽名，並提交所有「資訊披露授權表」，才能處理申請表。

法定監護人姓名 \_\_\_\_\_ 關係 \_\_\_\_\_  
 (姓) (名) (與申請人的關係)

監護人地址 \_\_\_\_\_  
 (街道和號碼) (公寓號碼) (城市) (州) (郵遞區號)

我們可以怎樣與監護人聯繫？(請勾選所有適用的項目，並提供電話號碼/電子郵件地址)

- 日間/工作電話 ( ) \_\_\_\_\_ 我們可以留言嗎？ 是  否
- 晚間電話 ( ) \_\_\_\_\_ 我們可以留言嗎？ 是  否
- 手機 ( ) \_\_\_\_\_ 我們可以留言嗎？ 是  否
- 電子郵件 \_\_\_\_\_ 我們可以留言嗎？ 是  否

**健康保險：**

無健康保險  Medicare  One Care  Medicare/Medicaid

健康保險申請待批  請具體說明保險名稱： \_\_\_\_\_

Medicaid/MassHealth  類型： \_\_\_\_\_

如果是 MassHealth 且年齡在 21 歲以下，申請人目前是否參加 CBHI 服務 (例如，家中治療、護理協調等)？  是  否

請說明： \_\_\_\_\_

私人保險：  請具體說明保險名稱： \_\_\_\_\_

**收入來源**

受聘  社會安全生活補助金 (SSI)  社會安全金  家庭

無收入  社會安全殘障保險 (SSDI)  緊急救援  其他  請具體說明： \_\_\_\_\_

成人服務申請表

2009年10月生效 (2015年4月修訂)

**診斷資訊：**

您是否有最新精神病學診斷？ 是  否  未知

如回答「是」，請列出所有已知診斷： \_\_\_\_\_

**目前的狀況：**

您目前在住院嗎？ 是  否  如果回答「是」，在哪裡？ \_\_\_\_\_

您目前是無家可歸者嗎？ 是  否  所涉及的機構（如有）： \_\_\_\_\_

您目前被監禁嗎？ 是  否  如果回答「是」，在哪裡？ \_\_\_\_\_

您目前是在緩刑期嗎？ 是  否  如果回答「是」，緩刑官姓名： \_\_\_\_\_

這是 688 轉介嗎？ 是  否  如果回答「是」，請列出地方教育主管機構（LEA）： \_\_\_\_\_

您目前與另一家州立機構有關聯嗎？ 是  否  未知

如果回答「是」，是哪一家機構？請勾選所有適用的項目：

DCF  DDS  EOEA  DPH  DYS  MRC  MCDHH  MCB  VA

如果您是父母或繼父母，子女與您同住嗎？ 是  否  不適用

**基本精神健康護理服務提供者：**

請說明誰為您提供常規精神健康護理服務。如果沒有常規精神健康護理服務提供者，請在本節說明最近一次向您提供精神健康護理服務的服務提供者。

基本精神健康護理服務提供者 \_\_\_\_\_ 目前的服務提供者？ 是  否   
 (姓) (名)

地址 \_\_\_\_\_  
 (街道和號碼) (公寓號碼) (城市) (州) (郵遞區號)

電話號碼： \_\_\_\_\_ ( ) 分機： \_\_\_\_\_

**其他支援：**

姓名	關係 (例如，治療師、家人、 牧師)	地址	電話	資訊披露？

**成人服務申請表**

2009年10月生效 (2015年4月修訂)

**一般身體健康狀況：**

請說明誰向您提供常規醫療護理服務。如果沒有常規醫療保健服務提供者，請在本節說明最近一次向您提供醫療保健服務的  
服務提供者。

基本醫療護理服務提供者 \_\_\_\_\_ 目前的服務提供者？ 是  否

(姓) (名)

醫療服務提供者地址：

(街道和號碼) (公寓號碼) (城市) (州) (郵遞區號)

電話號碼

( )

分機：

您是否有任何需要接受常規護理的病症？ 是  否  未知

您是否曾接受神經病學問題診斷？ 是  否  未知

如果回答「是」，請描述任何當前的醫療或神經病學問題：

**藥物：**

您目前是否在服任何藥？ 是  否  未知

如果回答「是」，請列出服用的藥物和劑量：

如果回答「是」，誰目前在為您開這些藥？

**您為什麼在申請接受服務？**（請勾選所有適用的項目，並在下方空白處填寫您自己的評論意見）

我在接受精神健康門診服務，但我覺得我需要更多的協助。

我沒有在接受精神健康服務，我感到我需要接受服務。

其他人認為我可能需要接受服務。

**您認為您需要接受哪些類型的服務？**

**DMH 服務授權決定**

申請人姓名：

- 我請求精神健康部 (DMH) 作出 DMH 服務授權決定。我已在本申請表中隨附簽名資訊披露授權表 (如需要)。我理解, 作為決定程序的一部分, DMH 將搜集和審核醫療記錄。我理解, 我的姓名和有關我的資訊將包括在 DMH 記錄保存系統中。
- DMH 可能會在現有臨床記錄不足以作出決定的情況下, 要求對我進行面談或進行臨床評估。
- 將會要求我披露有關我的收入和保險的資訊, 可能會根據我的付款能力向我收取服務費。
- 我理解, 當 DMH 決定因為申請人不符合接受 DMH 服務的標準而不批准申請人的申請時, 可對 DMH 的決定提出上訴。
- 我收到一份「DMH 隱私保護方法通知」(隨附在本服務申請中)。
- 我許可 DMH 與以下協助本申請的人士就我的 DMH 服務申請進行交流。本許可在我的申請完全處理之前有效, 或直到我向 DMH 發出書面通知撤銷授權之前有效。

申請人或申請人法定監護人簽名

申請人姓名 (工整填寫)

簽名日期

**協助申請人的人士**

本節應由服務提供者或協助申請人填寫申請的其他人填寫。

姓名 \_\_\_\_\_ 關係 \_\_\_\_\_  
(姓) (名) (與申請人的關係)地址 \_\_\_\_\_  
(街道和號碼) (公寓號碼) (城市) (州) (郵遞區號)電話 ( ) \_\_\_\_\_ 日間  晚間  手機 **代表申請人提交申請的計劃或設施**

本節由代表申請人提交申請的計劃或設施填寫。

計劃或設施名稱

申請人姓名

- 申請人在 \_\_\_\_\_ 接到通知已代表他/她提交申請, 他/她未提出異議。
- 申請人缺乏能力, 已在相關法院提交監護權申請 (隨附申請副本)。

您的姓名 (請工整填寫)

您的簽名和職稱

**提交醫療資訊披露表**

作為 DMH 服務決定申請程序的一部分, DMH 將審核所有申請人接受的現有精神健康護理記錄。請隨申請表提交簽名資訊披露授權表。

1. 請為每一位精神健康護理服務提供者提交一份簽名資訊披露授權表。如果精神健康護理是透過診所提供, 請填寫該診所的一位基本護理醫生的姓名。
2. 另外, 請為申請人希望在決定程序中考慮的任何其他臨床資訊提交一份資訊披露授權表。
3. 請檢查每一份資訊披露表中的服務提供者姓名、地址和電話號碼是否準確。正確的姓名、地址和電話號碼可加速審核程序。

隨本申請表提交了多少份資訊披露授權表?

DMH 還將審查申請人或協助申請人的人士可能擁有的、並希望提交以供考慮的任何醫療記錄。

1. 請填寫本申請表隨附的每一份醫療記錄的資訊披露授權表, 並在表中簽名, 供 DMH 工作人員在需要核查報告中包含的資訊時使用。
2. 醫療報告副本不會退回, 因此請勿寄送原件。

隨本申請表提交了多少份醫療報告?

資訊披露授權表  
雙向

姓名： 曾用名：  
地址： 電話：  
社會安全號碼： 出生日期：

我授權精神健康部 (DMH) 按照本授權表規定的方式從下列個人、機構或設施接受以口頭或書面方式提供的資訊，並向此類個人、機構或設施披露資訊。

姓名/名稱： 收件人： 電話：  
街道： 城鎮： 州： 郵遞區號：

DMH 聯繫資訊：

姓名： 電話：  
地址：

填寫本表的人必須提供有關所索取資訊日期的詳細說明。請注意，披露心理療法記錄的請求不得與任何其他類型的請求一起提出。

要求披露的具體資訊：

- |   |                                 |                                       |  |
|---|---------------------------------|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 全部記錄                           | <input type="checkbox"/> 出院總結   | <input type="checkbox"/> 評估           | <input type="checkbox"/> 治療計劃          |
| <input type="checkbox"/> 住院文件                           | <input type="checkbox"/> 轉院總結   | <input type="checkbox"/> 評估和測試        | <input type="checkbox"/> 心理療法記錄        |
| <input type="checkbox"/> 個人服務計劃 (ISP) 和<br>個人行動計劃 (IAP) | <input type="checkbox"/> 體檢     | <input type="checkbox"/> 化驗報告         | <input type="checkbox"/> 諮詢 (包括諮詢顧問姓名) |
| <input type="checkbox"/> 精神病治療記錄                        | <input type="checkbox"/> 神經心理測試 | <input type="checkbox"/> 其他 (在下方具體說明) |  |

授權目的 (必須勾選一項)：

資訊主體或個人代表主動授權 (不要求提供具體目的)

或

- |                               |                                       |
|-------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 協調護理 | <input type="checkbox"/> 協助開賬單        |
| <input type="checkbox"/> 轉診   | <input type="checkbox"/> 獲得保險、財務或其他福利 |

其他目的 (請具體說明)： \_\_\_\_\_

本授權書副本應被視為與原件具有相同的效力。

資訊披露授權表  
雙向 (續)

除 DMH 外接收或披露資訊的個人/設施/機構姓名/名稱：\_\_\_\_\_

我理解，我有權隨時撤銷本授權。如果我撤銷本授權，我必須以書面方式提出，並按照第一頁中所列的 DMH 地址寄給 DMH。我理解，撤銷不適用於已經按照本授權書披露的資訊。我理解，當法律賦予我的保險公司對我的保單中的索賠提出質疑權利時，撤銷不適用於我的保險公司。本授權將在\_\_\_\_\_失效（具體填寫一個日期、時段或某一事件），或者如果未填寫具體日期，則在我不再接受 DMH 服務時失效。我理解，一旦向 DMH 之外的個人、設施或機構披露以上資訊，資訊接受者可能重新披露此類資訊，資訊可能不受聯邦或州隱私保護法規條例的保護。我理解，授權使用或披露上述資訊是自願性的。我無需在本表中簽名即可從 DMH 和/或其他所列個人、設施或機構接受治療或服務。但是，缺乏分享或獲取資訊的能力可能會妨礙 DMH 和/或其他所列個人、設施或機構提供適當和必要的護理服務。

X \_\_\_\_\_  
您的簽名或個人代表簽名 日期

\_\_\_\_\_

工整填寫簽名人的姓名

如果由個人代表簽名，則必須填寫以下資訊

授權類型（例如，法院任命、監護父母）\_\_\_\_\_

特別授權資訊披露（請在所有適用的項目前填寫姓名首字母縮寫）

\_\_\_\_\_ 就包含受《聯邦法規集》第 42 篇第 2 部分保護的有關酗酒或吸毒治療的我的醫療記錄而言，我特別授權披露此類資訊。

\_\_\_\_\_ 就包含受《麻薩諸塞州普通法》第 c.111 節第 70F 款保護的有關 HIV 抗體和抗原測試資訊、HIV/艾滋病診斷或治療的我的醫療記錄而言，我特別授權披露此類資訊。

X \_\_\_\_\_  
您的簽名或個人代表簽名 日期

說明：

1. 本表必須完整填寫，才能被視為有效。
2. 分發副本：原件存入相關 DMH 記錄；副本交給個人或個人代表；副本交給索取記錄的個人/設施/機構。

資訊披露授權表  
雙向

姓名： 曾用名：  
地址： 電話：  
社會安全號碼： 出生日期：

我授權精神健康部 (DMH) 按照本授權表規定的方式從下列個人、機構或設施接受以口頭或書面方式提供的資訊，並向此類個人、機構或設施披露資訊。

姓名/名稱： 收件人： 電話：  
街道： 城鎮： 州： 郵遞區號：

DMH 聯繫資訊：

姓名： 電話：  
地址：

填寫本表的人必須提供有關所索取資訊日期的詳細說明。請注意，披露心理療法記錄的請求不得與任何其他類型的請求一起提出。

要求披露的具體資訊：

- |   |                                 |                                       |  |
|---|---------------------------------|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 全部記錄                           | <input type="checkbox"/> 出院總結   | <input type="checkbox"/> 評估           | <input type="checkbox"/> 治療計劃          |
| <input type="checkbox"/> 住院文件                           | <input type="checkbox"/> 轉院總結   | <input type="checkbox"/> 評估和測試        | <input type="checkbox"/> 心理療法記錄        |
| <input type="checkbox"/> 個人服務計劃 (ISP) 和<br>個人行動計劃 (IAP) | <input type="checkbox"/> 體檢     | <input type="checkbox"/> 化驗報告         | <input type="checkbox"/> 諮詢 (包括諮詢顧問姓名) |
| <input type="checkbox"/> 精神病治療記錄                        | <input type="checkbox"/> 神經心理測試 | <input type="checkbox"/> 其他 (在下方具體說明) |  |

授權目的 (必須勾選一項)：

資訊主體或個人代表主動授權 (不要求提供具體目的)

或

- |                               |                                       |
|-------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 協調護理 | <input type="checkbox"/> 協助開賬單        |
| <input type="checkbox"/> 轉診   | <input type="checkbox"/> 獲得保險、財務或其他福利 |

其他目的 (請具體說明)： \_\_\_\_\_

本授權書副本應被視為與原件具有相同的效力。

資訊披露授權表  
雙向 (續)

除 DMH 外接收或披露資訊的個人/設施/機構姓名/名稱：\_\_\_\_\_

我理解，我有權隨時撤銷本授權。如果我撤銷本授權，我必須以書面方式提出，並按照第一頁中所列的 DMH 地址寄給 DMH。我理解，撤銷不適用於已經按照本授權書披露的資訊。我理解，當法律賦予我的保險公司對我的保單中的索賠提出質疑權利時，撤銷不適用於我的保險公司。本授權將在\_\_\_\_\_失效（具體填寫一個日期、時段或某一事件），或者如果未填寫具體日期，則在我不再接受 DMH 服務時失效。我理解，一旦向 DMH 之外的個人、設施或機構披露以上資訊，資訊接受者可能重新披露此類資訊，資訊可能不受聯邦或州隱私保護法規條例的保護。我理解，授權使用或披露上述資訊是自願性的。我無需在本表中簽名即可從 DMH 和/或其他所列個人、設施或機構接受治療或服務。但是，缺乏分享或獲取資訊的能力可能會妨礙 DMH 和/或其他所列個人、設施或機構提供適當和必要的護理服務。

X \_\_\_\_\_  
您的簽名或個人代表簽名 日期

\_\_\_\_\_

工整填寫簽名人的姓名

如果由個人代表簽名，則必須填寫以下資訊

授權類型（例如，法院任命、監護父母）\_\_\_\_\_

特別授權資訊披露（請在所有適用的項目前填寫姓名首字母縮寫）

\_\_\_\_\_ 就包含受《聯邦法規集》第 42 篇第 2 部分保護的有關酗酒或吸毒治療的我的醫療記錄而言，我特別授權披露此類資訊。

\_\_\_\_\_ 就包含受《麻薩諸塞州普通法》第 c.111 節第 70F 款保護的有關 HIV 抗體和抗原測試資訊、HIV/艾滋病診斷或治療的我的醫療記錄而言，我特別授權披露此類資訊。

X \_\_\_\_\_  
您的簽名或個人代表簽名 日期

說明：

1. 本表必須完整填寫，才能被視為有效。
2. 分發副本：原件存入相關 DMH 記錄；副本交給個人或個人代表；副本交給索取記錄的個人/設施/機構。

資訊披露授權表  
雙向

姓名： 曾用名：  
地址： 電話：  
社會安全號碼： 出生日期：

我授權精神健康部 (DMH) 按照本授權表規定的方式從下列個人、機構或設施接受以口頭或書面方式提供的資訊，並向此類個人、機構或設施披露資訊。

姓名/名稱： 收件人： 電話：  
街道： 城鎮： 州： 郵遞區號：

DMH 聯繫資訊：

姓名： 電話：  
地址：

填寫本表的人必須提供有關所索取資訊日期的詳細說明。請注意，披露心理療法記錄的請求不得與任何其他類型的請求一起提出。

要求披露的具體資訊：

- |   |                                 |                                       |  |
|---|---------------------------------|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 全部記錄                           | <input type="checkbox"/> 出院總結   | <input type="checkbox"/> 評估           | <input type="checkbox"/> 治療計劃          |
| <input type="checkbox"/> 住院文件                           | <input type="checkbox"/> 轉院總結   | <input type="checkbox"/> 評估和測試        | <input type="checkbox"/> 心理療法記錄        |
| <input type="checkbox"/> 個人服務計劃 (ISP) 和<br>個人行動計劃 (IAP) | <input type="checkbox"/> 體檢     | <input type="checkbox"/> 化驗報告         | <input type="checkbox"/> 諮詢 (包括諮詢顧問姓名) |
| <input type="checkbox"/> 精神病治療記錄                        | <input type="checkbox"/> 神經心理測試 | <input type="checkbox"/> 其他 (在下方具體說明) |  |

授權目的 (必須勾選一項)：

資訊主體或個人代表主動授權 (不要求提供具體目的)

或

- 協調護理       協助開賬單  
 轉診       獲得保險、財務或其他福利  
 其他目的 (請具體說明)： \_\_\_\_\_

本授權書副本應被視為與原件具有相同的效力。

資訊披露授權表  
雙向 (續)

除 DMH 外接收或披露資訊的個人/設施/機構姓名/名稱：\_\_\_\_\_

我理解，我有權隨時撤銷本授權。如果我撤銷本授權，我必須以書面方式提出，並按照第一頁中所列的 DMH 地址寄給 DMH。我理解，撤銷不適用於已經按照本授權書披露的資訊。我理解，當法律賦予我的保險公司對我的保單中的索賠提出質疑權利時，撤銷不適用於我的保險公司。本授權將在\_\_\_\_\_失效（具體填寫一個日期、時段或某一事件），或者如果未填寫具體日期，則在我不再接受 DMH 服務時失效。我理解，一旦向 DMH 之外的個人、設施或機構披露以上資訊，資訊接受者可能重新披露此類資訊，資訊可能不受聯邦或州隱私保護法規條例的保護。我理解，授權使用或披露上述資訊是自願性的。我無需在本表中簽名即可從 DMH 和/或其他所列個人、設施或機構接受治療或服務。但是，缺乏分享或獲取資訊的能力可能會妨礙 DMH 和/或其他所列個人、設施或機構提供適當和必要的護理服務。

X \_\_\_\_\_  
您的簽名或個人代表簽名 日期

\_\_\_\_\_

工整填寫簽名人的姓名

如果由個人代表簽名，則必須填寫以下資訊

授權類型（例如，法院任命、監護父母）\_\_\_\_\_

特別授權資訊披露（請在所有適用的項目前填寫姓名首字母縮寫）

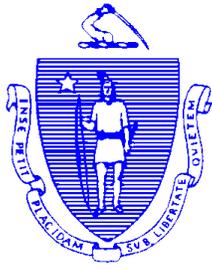
\_\_\_\_\_ 就包含受《聯邦法規集》第 42 篇第 2 部分保護的有關酗酒或吸毒治療的我的醫療記錄而言，我特別授權披露此類資訊。

\_\_\_\_\_ 就包含受《麻薩諸塞州普通法》第 c.111 節第 70F 款保護的有關 HIV 抗體和抗原測試資訊、HIV/艾滋病診斷或治療的我的醫療記錄而言，我特別授權披露此類資訊。

X \_\_\_\_\_  
您的簽名或個人代表簽名 日期

說明：

1. 本表必須完整填寫，才能被視為有效。
2. 分發副本：原件存入相關 DMH 記錄；副本交給個人或個人代表；副本交給索取記錄的個人/設施/機構。



Commonwealth of Massachusetts  
Department of Mental Health  
( 麻薩諸塞州  
精神健康部 )

## 隱私保護方法通知

本通知描述可能會如何使用和披露有關您的醫療資訊\*  
以及您如何獲取此類資訊。

\* 受保護健康資訊 (PHI)

請仔細閱讀

通知生效日期：2010 年 12 月 15 日

第 6 版

Chinese Traditional

### 保密

州和聯邦法律要求精神健康部 (DMH) 為您的受保護健康資訊 (PHI) 保密。PHI 包括任何可識別您的身份、有關您的身體或精神健康、您接受的健康護理和您的健康護理付款資訊。

法律要求 DMH 向您發出本通知，告訴您可能如何使用和披露您的 PHI，並將您享有的隱私權通知您。DMH 必須遵守最新《隱私保護方法通知》中規定的隱私保護方法。

本通知僅指使用/披露 PHI。本通知不會改變有關治療方法知情同意書的法規條例和政策。

### 本通知改動

DMH 可能會隨時改動隱私保護方法和本通知的條款。改動將適用於 DMH 已經擁有的 PHI 和 DMH 今後將收到的 PHI。最新隱私保護通知將在 DMH 設施和計劃內張貼，在 DMH 網站 ([www.mass.gov/dmh](http://www.mass.gov/dmh)) 上刊載，並可應請求提供。每一份隱私保護通知都會註明日期。

## **DMH 如何使用和披露 PHI ?**

DMH 可能因治療、付款和健康護理運營目的不經您的授權使用/披露您的 PHI。否則，除非適用於本通知中所列的例外情況，需要獲得您的書面授權才能使用/披露您的 PHI。

## **與治療、付款和健康護理運營相關的資訊使用/披露**

以下範例描述一些（但並非所有）因治療、付款和健康護理運營目的使用/披露資訊的情況。

**因治療目的** — DMH 可能按照其規章和政策規定向參與提供您的健康護理和相關服務的醫生、護士、服務提供者和其他人員（例如口譯員）使用/披露 PHI。您的 PHI 將被用於幫助作出有關您的 DMH 服務申請的決定、協助制定您的治療和/或服務計劃和進行定期審查和評估。可能會與其他健康護理專業人員和服務提供者分享 PHI，以便獲得處方藥、化驗、諮詢和您的護理所需的其他物品。將與 DMH 服務提供者因轉介您接收 DMH 服務以及協調和提供您接受的 DMH 服務分享 PHI。

**因獲取付款目的** — DMH 可能按照其規章和政策中規定的限制使用/披露您的 PHI，以便為您接受的健康護理服務開賬單和收款。DMH 可能會向 Medicaid 或 Medicare 計劃或第三方付款人披露您的部分 PHI，以便確定他們是否應當付款、獲得事先批准和支持任何索賠或賬單。

**因健康護理運營目的** — DMH 可能使用/披露 PHI，支持計劃規劃、管理和行政管理活動、品質保證、接收和回應申訴、合規計劃（例如，Medicare）、審計、健康護理專業人員培訓和證書頒發以及認證和資格認可（例如，聯合委員會）之類的活動。

## **預約提醒通知**

DMH 可能會使用 PHI 向您發出預約提醒通知或向您提供有關治療選擇方法或您可能感興趣的其他與健康相關的福利和服務資訊。

## **要求授權的資訊使用/披露**

除非適用於下列例外情況，DMH 必須獲得您或您的個人代表的書面授權，您的個人代表必須享有代表您作出有關因治療、付款和健康護理運營之外目的使用/披露資訊決定的法定權利。您可以用書面方式在任何時候取消授權。取消授權將終止未來的資訊使用/披露，但 DMH 已經根據您的授權作出的資訊使用/披露除外。

## **例外情況**

- 因 DMH 是其中一方的監護權或委託訴訟目的
- 因符合某些標準的司法訴訟目的
- 因保護虐待或疏忽受害者目的
- 因研究目的，須接受嚴格的內部審核
- 如果獲得您的口頭或其他方式的許可，DMH 可能因以下目的披露有限數量的 PHI：
  - 神職人員 – 可能會與神職人員分享您的宗教信仰
  - 家人和朋友 – DMH 可能分享與他們參與您的護理或您的護理付款直接相關的資訊
- 向懲教機構披露資訊（如果您是囚犯）
- 因聯邦和州監管活動目的，例如欺詐調查、平常事件報告以及保護和維權活動
- 應法律要求或出於執法或國家安全目的
- 向健康與公眾服務管理辦公室（EOHHS）和/或其代理機構（例如 MassHealth、DCF、DDS、DYS、DTA 和 DPH）因包括服務提供、資格和計劃管理在內的職能披露資訊
- 為避免對公眾健康或安全造成嚴重和立即威脅
- 為公眾健康活動目的，例如追蹤疾病和報告人口動態統計數字

- 死亡時向殯儀館主管和某些器官獲取組織披露資訊

## 您的權利

您或享有代表您作出健康護理決定法律授權的個人代表有權：

- 要求 DMH 使用某一特定地址或電話號碼與您聯繫。並不要求 DMH 必須接受您的請求。
  - 應請求索取一份本通知或本通知任何修訂版副本，即使您同意以電子方式收到此類文件亦如此。
  - \* 審查和複印可能被用於作出有關您的護理決定的 PHI。在有限的情況下，可能會限制您對您的記錄的存取。如果在某些情況下不允許您存取您的記錄，您可以要求對拒絕存取進行審核。可能會收取複製和郵寄費。
  - \* 要求在您的 PHI 中增加資訊或糾正錯誤。並不要求 DMH 必須接受您的請求。如果未接受您的請求，您享有某些權利。
  - \* 收到一份從 DMH 接受您的 PHI 的個人名單（不包括您授權或批准的披露、因治療、付款和健康護理運營披露的資訊以及一些要求披露的資訊）。
  - \* 請求 DMH 限制您的 PHI 的使用或披露方法。並不要求 DMH 必須接受您的限制要求。
- \* 此類請求必須用書面方式提出。

## 記錄保留

您的與 DMH 提供護理和服務相關的個人記錄將至少保留 20 年，從您從住院部出院和/或離開相關社區服務之日開始計算。此後，您的記錄可能會被銷毀。

## 與 DMH 聯繫或提交申訴

如果您想要獲得有關 DMH 的隱私保護方法的進一步資訊，或者您希望行使自己的權利，或者您感到您的隱私權受到侵犯，或者您想要提出申訴，請洽精神健康部 DMH 隱私官，地址：DMH Privacy Officer, Department of Mental Health, 25 Staniford Street, Boston, MA 02114；電話：617-626-8160；傳真：617-626-8131；電子郵件：[PrivacyOfficer@dmh.state.ma.us](mailto:PrivacyOfficer@dmh.state.ma.us)。申訴必須用書面方式提出。

您還可以聯繫 DMH 設施的醫療記錄辦公室（查閱該設施的記錄）、DMH 計劃主管（查閱該計劃的記錄）、您所在地辦事處（查閱個案管理記錄）或您所在設施或計劃的人權主管，瞭解進一步資訊或獲得協助。

任何人均不得因為您提交申訴或按照本通知中的描述行使自己的權利對您進行報復。

您還可以向美國健康與公眾服務部民權辦公室**健康與公眾服務部部長**提出申訴，地址：**Secretary of Health and Human Services, Office for Civil Rights, U.S. Department of Health and Human Services, JFK Federal Building, Room 1875, Boston, MA. 02203**。